

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Disminore**

##### **2.1.1 Pengertian Disminore**

Nyeri pada saat menstruasi atau nyeri haid sering dikeluhkan seorang wanita sebagai sensasi tidak nyaman, bahkan karena timbulnya nyeri tersebut dapat mengganggu aktivitas dan memaksa penderita untuk istirahat dan meninggalkan pekerjaan atau aktivitas rutinnnya selama beberapa jam atau beberapa hari. Karakteristik nyeri ini sangat khas karena muncul secara reguler dan periodik menyertai menstruasi yaitu rasa tidak enak di perut bagian bawah sebelum dan selama haid disertai mual disebabkan meningkatnya kontraksi uterus. Hal ini dilaporkan sebagai disminore. Istilah disminore (dysminorrhea) berasal dari bahasa “Greek” yang artinya dys (gangguan /nyeri hebat/ abnormalitas) – meno (bulan) – (rrhea) (“flow” atau aliran) sehingga dari makna tersebut, disminore adalah gangguan aliran darah haid atau nyeri haid (Widjanarko 2010). Selain itu menurut Anurogo (2011) nyeri haid memiliki banyak sinonim, misalnya dysmenorrhea, disminorea, painful menstruation, syndrome of painful menstruation, dan menstrual cramps. Nyeri haid merupakan suatu gejala dan bukan suatu penyakit. Istilah disminorea bisa dipakai untuk nyeri haid yang cukup berat. Dalam kondisi ini, penderita harus mengobati nyeri tersebut dengan analgesik atau memeriksakan diri kedokter dan mendapat penanganan, perawatan, atau pengobatan yang tepat. Disminorea adalah nyeri haid yang disertai mual, muntah, diare, pusing, nyeri kepala, dan kadang-kadang pingsan.

### 2.1.2 Patofisiologi dan Klasifikasi

Patofisiologi terjadinya disminorea sampai saat ini masih belum jelas karena banyak faktor yang menjadi penyebabnya (Junizar 2001, dalam anindita, 2010). Namun saat ini yang paling dipercaya dalam meningkatkan rasa nyeri pada disminore primer adalah prostaglandin dan leukotrien (Harel, 2012).

Selama fase luteal dan menstruasi, prostaglandin F2 alfa (PGF<sub>2</sub>), disekresi. Pelepasan prostaglandin F2 alfa yang berlebihan meningkatkan amplitude dan frekuensi kontraksi uterus dan menyebabkan vasospasme arteriol uterus, sehingga mengakibatkan iskemia dan kram abdomen bawah yang bersifat siklik. Respon sistemik terhadap PGF<sub>2</sub> alfa meliputi nyeri punggung, kelemahan, pengeluaran keringat, gejala saluran cerna (anoreksia, mual, muntah, dan diare) dan gejala system syaraf pusat meliputi: pusing, sinkop, nyeri kepala dan konsentrasi buruk (Bobak, 2008 dalam Ratna Ningsih, 2011).

Menurut Rismayanthi, dkk. 2013 menjelaskan bahwa dismenore ditimbulkan oleh ketidakseimbangan pengendalian sistem syaraf otonom terhadap miometrium. Pada keadaan ini terjadi perangsangan yang berlebihan oleh syaraf simpatis sehingga serabut-serabut sirkuler pada istmus dan ostium uteri internum menjadi 28 hipertonik. Kadar vasopresin pada wanita dengan dismenorea primer sangat tinggi dibandingkan dengan wanita tanpa dismenorea. Pemberian vasopresin pada saat menstruasi menyebabkan meningkatnya kontraksi uterus, menurunnya aliran darah pada uterus, dan menimbulkan nyeri. Namun, hingga kini peranan pasti vasopresin dalam mekanisme terjadinya dismenorea masih belum jelas. Prostaglandin memegang peranan penting dalam terjadinya dismenorea. Prostaglandin yang berperan di sini yaitu prostaglandin E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>) dan F<sub>2</sub> $\alpha$  (PGF<sub>2</sub> $\alpha$ ). Pelepasan prostaglandin di induksi oleh

adanya lisis endometrium dan rusaknya membran sel akibat pelepasan lisosim. Prostaglandin menyebabkan peningkatan aktivitas uterus dan serabut-serabut syaraf terminal rangsang nyeri. Kombinasi antara peningkatan kadar prostaglandin dan peningkatan kepekaan miometrium menimbulkan tekanan intra uterus hingga 400 mmHg dan menyebabkan kontraksi miometrium yang hebat. Selanjutnya, kontraksi miometrium yang disebabkan oleh prostaglandin akan mengurangi aliran darah, sehingga terjadi iskemia sel-sel miometrium yang mengakibatkan timbulnya nyeri spasmodik. Jika prostaglandin dilepaskan dalam jumlah berlebihan ke dalam peredaran darah, maka selain dismenore timbul pula diare, mual, dan muntah. Faktor hormonal umumnya kejang yang terjadi pada dismenorea primer dianggap terjadi akibat kontraksi uterus yang berlebihan.

Beberapa 29 faktor di bawah ini dianggap sebagai faktor resiko timbulnya nyeri haid, yakni :

- a. Haid pertama (menarche) diusia dini (kurang dari 12 tahun).
- b. Wanita yang belum pernah melahirkan anak hidup (nullipara).
- c. Darah haid berjumlah banyak
- d. Masa menstruasi yang panjang. (Greenspan dan Baxter, dalam Rismayanthi, dkk., 2013).

Menurut Anurogo (2011) secara klinis, disminore dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Disminore Primer yaitu nyeri haid yang dijumpai tanpa kelainan alat-alat genetalia yang nyata. Disminore primer biasanya terjadi dalam 6-12 bulan pertama setelah haid pertama, segera setelah siklus ovulasi teratur ditentukan

2. Disminore Skunder merupakan bentuk nyeri haid akibat penyakit tertentu yang berhubungan dengan alat reproduksi wanita (Simanjuntak, 2008), dan rasa nyeri yang dirasakan hampir sama dengan disminore primer (Hillard, 2012).

Selain itu menurut Rismayanthi 2013, jenis nyeri haid dibagi menjadi, nyeri spasmodik dan nyeri kongestif.

- a. Nyeri Spasmodik Nyeri spasmodik terasa di bagian bawah perut dan berawal sebelum masa haid atau segera setelah masa haid mulai. Banyak perempuan terpaksa harus berbaring karena terlalu menderita nyeri itu sehingga ia tidak dapat mengerjakan apapun. Ada diantara mereka yang pingsan, merasa sangat mual, bahkan ada yang benarbenar muntah. Kebanyakan penderitanya adalah perempuan muda walaupun dijumpai pula pada kalangan yang berusia 40 tahun ke atas. Nyeri spasmodik dapat diobati atau paling tidak dikurangi dengan lahirnya bayi pertama walaupun banyak pula perempuan yang tidak mengalami hal seperti itu.
- b. Nyeri Kongestif Penderita nyeri kongestif yang biasanya akan tahu sejak sehari-hari sebelumnya bahwa masa haidnya akan segera tiba. Dia mungkin akan mengalami pegal, sakit pada buah dada, perut kembung tidak menentu, sakit kepala, sakit punggung, pegal pada paha, merasa lelah atau sulit dipahami, mudah tersinggung, kehilangan keseimbangan, menjadi ceroboh, terganggu tidur, atau muncul memar di paha dan lengan atas. Semua itu merupakan simptom pegal menyiksa yang berlangsung antara 2 dan 3 hari sampai kurang dari 2 minggu. Proses menstruasi mungkin tidak terlalu menimbulkan nyeri jika sudah berlangsung. Bahkan setelah 31 hari pertama masa haid, orang yang menderita nyeri kongestif akan merasa lebih baik (Rismayanthi, dkk., 2013).

### 2.1.3 Derajat Disminore

Disminore dapat dibagi menjadi 4 tingkatan menurut keparahannya, yaitu (Riyanto, 2002 dalam Novia, 2008) :

1. Derajat 0 : tanpa rasa nyeri dan aktivitas sehari-hari tidak terpengaruhi.
2. Derajat 1 : nyeri ringan dan memerlukan obat rasa nyeri seperti parasetamol, antalgin, ponstan, namun aktivitas sehari-hari jarang terpengaruh.
3. Derajat 2 : nyeri sedang dan tertolong dengan obat penghilang nyeri tetapi mengganggu aktivitas sehari-hari.
4. Derajat 3 : nyeri sangat berat dan tidak berkurang walaupun telah memakan obat dan tidak mampu bekerja. Kasus ini harus segera diatasi dengan berobat ke dokter.

### 2.1.4 Faktor-faktor Yang Menyebabkan Disminore

Menurut (Simanjuntak, 2008) penyebab timbulnya disminore ada 2 :

#### 2.1.4.1 Disminore Primer

Merupakan bentuk nyeri haid yang dijumpai tanpa kelainan pada alat-alat genital yang nyata. Disminore primer terjadi beberapa waktu setelah menarche biasanya setelah 12 bulan atau lebih, oleh karena siklus-siklus haid pada bulan-bulan pertama setelah menarche umumnya berjenis anovulatoar yang disertai dengan rasa nyeri. Rasa nyeri timbul tidak lama sebelumnya atau bersama-sama dengan permulaan haid dan berlangsung untuk beberapa jam, walaupun pada beberapa kasus dapat berlangsung dalam beberapa hari (Simanjuntak, 2008). Rasa nyeri ini bisa menjalar ke punggung bawah akibat penerusan nyeri melalui syaraf spinal (Hillard. 2012).

Menurut Anurogo (2011) penyebab disminore primer ada beberapa faktor yaitu :



a. Faktor Kejiwaan

Dismenore banyak dialami oleh remaja yang sedang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan baik fisik maupun psikis. Ketidaksiapan remaja putri dalam menghadapi perkembangan pertumbuhan tersebut, mengakibatkan gangguan psikis yang akhirnya menyebabkan gangguan fisiknya, misalnya gangguan haid seperti dismenore (Wiknjosastro 1999, dalam Rakhma, 2012).

Kesiapan anak dalam menghadapi masa puber sangat diperlukan. Anak harus mengerti tentang dasar perubahan yang terjadi pada dirinya anak-anak sebayanya. Secara psikologis anak perlu dipersiapkan mengenai perubahan fisik dan psikologisnya. Apabila tidak dilakukan persiapan maka anak tidak siap, sehingga pengalaman akan perubahan tersebut dapat menjadi pengalaman traumatis (Hurlock 2007).

b. Faktor Konstitusi

Faktor konstitusi erat hubungannya dengan faktor kejiwaan sebagai penyebab timbulnya keluhan dismenore, karena faktor ini menurunkan ketahanan seseorang terhadap rasa nyeri, seperti anemia dan penyakit menahun juga dapat mempengaruhi timbulnya *dismenorea* (Anurogo, 2011).

c. Faktor Endokrin

Dismenorea primer merupakan akibat dari kontraksi uterus yang berlebihan. Faktor endokrin mempunyai hubungan dengan soal tonus dan kontraktilitas otot usus (Simanjuntak, 2008). Hal yang paling utama yang menyebabkan dismenorea primer hubungannya dengan faktor endokrin adalah hormon estrogen, progesteron, dan prostaglandin. Saat 1 hari menjelang ovulasi, hormon estrogen akan turun, diikuti kenaikan hormon progesteron (Guyton dan Hall, 2007).

d. Faktor Kelainan Organik

Kelainan organik, seperti retrofleksia uterus (kelainan letak-arrah anatomis rahim yang tak lengkap), obstruksi kanalis servikalis (sumbatan saluran jalan lahir), mioma submukosa bertangkai (tumor jinak yang terdiri dari jaringan otot), dan polip endometrium (Anurogo, 2011).

e. Faktor Alergi

Faktor alergi Teori ini dikemukakan setelah memperhatikan adanya asosiasi antara dismenorea dengan urtikaria, migraine, atau asma bronkhiale (Simanjuntak, 2008).

f. Faktor Pengetahuan

Dismenore yang timbul pada remaja putri merupakan dampak dari kurang pengetahuannya mereka tentang dismenorea. Terlebih jika mereka tidak mendapatkan informasi tersebut sejak dini. Mereka yang memiliki informasi yang kurang menganggap bahwa keadaan itu sebagai permasalahan yang dapat menyulitkan mereka. Mereka tidak siap dalam menghadapi menstruasi dan segala hal yang akan di alami oleh remaja putri (Wiknjosastro, 1999 dalam Rakhma, 2012).

#### **2.1.4.2 Disminore Skunder**

Merupakan bentuk nyeri haid akibat penyakit tertentu yang berhubungan dengan alat reproduksi wanita. Rasa nyeri yang dirasakan hampir sama dengan disminore primer juga (Simanjuntak, 2008).

Menurut Anurogo (2011) Penyebab Dismenore skunder ada beberapa faktor yaitu :

a. Intrauterine contraceptive devices (alat kontrasepsi dalam rahim).

Kontrasepsi intrauterin merupakan penyebab iatrogenik dismenorea sekunder yang paling banyak. Hal ini diakibatkan oleh adanya keberadaan benda asing di dalam uterus sehingga saat kontraksi uterus akan timbul rasa nyeri.

- b. Adenomyosis (Adanya endometrium selain di rahim).

Didapatkan penebalan dinding uterus, dengan dinding posterior biasanya lebih tebal. Uterus umumnya berbentuk simetrik dengan konsistensi padat (Prabowo, 2011).

- c. Uterine myoma (tumor jinak rahim yang terdiri dari jaringan otot), terutama myoma submukosum (bentuk myoma uteri).
- d. Uterine polyps (tumor jinak di rahim).
- e. Adhesions (pelekatan).
- f. Stenosis atau striktur serviks, striktur kanalis servikalis, verikosis pelvik, dan adanya AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim).
- g. Ovarian cysts (kista ovarium).
- h. Ovarian torsion (sel telur terpuntir atau terpelintir).
- i. Pelvic congestion syndrome (ganggua atau sumbatan di panggul).
- j. Uterine leiomyoma (tumor jinak otot rahim).
- k. Mittelschmerz (nyeri saat pertengahan siklus ovulasi).
- l. Psychogenic pain (nyeri psikogenik).
- m. Endometriosis pelvis (jaringan endometrium yang berada di panggul).
- n. Penyakit radang panggul kronis.
- o. Tumor ovarium, polip endometrium.
- p. Kelainan letak uterus seperti retrofleksi, hiperantefleksi, dan retrofleksi terfikas.
- q. Faktor psikis, seperti takut tidak punya anak, konflik dengan pasangan, gangguan libido.



- r. Allen-masters syndrome (kerusakan lapisan otot di panggul sehingga pergerakan serviks (leher rahim) meningkat abnormal). Sindrom master allen di tandai dengan : nyeri perut bagian bawah yang akut, nyeri saat bersenggama (dyspareunia), kelelahan yang sangat (excessive fatigue), nyeri panggul secara umum (general pelvic pain), dan nyeri punggung (backache). Selain itu, dokter juga menjumpai adanya tanda-tanda peradangan di lapisan perut (peritonal inflammation). Semua penderita pernah mengalami riwayat hamil. Dalam literatur, sindrom ini disebut juga dengan istilah traumatic laceration of uterine support.

#### **2.1.5 Faktor Resiko dismenorea**

Faktor-faktor resiko berikut ini berhubungan dengan episode dismenore yang berat (Anurogo, 2011) :

- a. Haid pertama pada usia dini
- b. Periode haid yang lama
- c. Aliran darah yang hebat
- d. Merokok
- e. Riwayat keluarga yang positif terkena penyakit
- f. Kegemukan
- g. Mengonsumsi alkohol

Terdapat banyak hal yang menjadi faktor risiko dismenorea primer dan dismenorea sekunder. Faktor-faktor tersebut antara lain:

1. Faktor risiko dismenorea primer

Berikut adalah beberapa faktor risiko dari dismenorea primer :

- a. Usia kurang dari 20 tahun
- b. Usaha untuk mengurangi berat badan
- c. Depresi atau ansietas

- d. Kekacauan dalam menjalin hubungan sosial
  - e. Menstruasi berat
  - f. Nuliparitas
  - g. Merokok
  - h. Riwayat keluarga positif pernah menderita juga
  - i. Lama periode menstruasi panjang
2. Faktor risiko dismenorea sekunder

Berikut adalah beberapa faktor risiko dari dismenorea sekunder :

- a. Endometriosis
- b. Penyakit inflamasi pelvis (pelvic inflammatory disease), terutama akibat penyakit menular seksual
- c. Kista ovarium
- d. Fibroid atau polip uterus

#### **2.1.6 Dampak disminore**

Menurut Anwar dan Prabowo (2011) nyeri haid dapat berdampak buruk dan dapat mempengaruhi absentisme dan menimbulkan kerugian, karena reesponden mengalami “kelumpuhan” sementara untuk melakukan aktivitas. Disminor memang tidak terlalu berbahaya tetapi selalu di alami oleh penderitanya tiap bulan, sehingga merupakan penderitaan tersendiri bagi yang mengalaminya. Sebaiknya hal ini tidak boleh di biarkan karena kondisi ini merupakan salah satu penyebab gejala endometriosis, dimana hail ini dapat menurunkan kesehatan, kualitas hidup dan kesuburan perempuan secara signifikan.

### 2.1.7 Diagnosa

Secara ringkas, menurut Karim (2013), anamnese yang perlu ditanyakan kepada pasien dengan keluhan dismenore adalah sebagai berikut :

- a. Usia menarche.
- b. Frekuensi menstruasi tiap bulan, durasi menstruasi, banyak darah yang keluar.
- c. Onset, durasi, ciri khas, dan derajat nyeri yang dirasakan.
- d. Adanya faktor eksternal yang menyebabkan nyeri
- e. Pengaruh terhadap aktivitas sehari-hari.
- f. Adanya riwayat keluarga.

Dismenore primer dapat dibedakan dari dismenore sekunder dengan ciri berikut (Karim, 2013) :

1. Onset terjadi lebih kurang enam bulan setelah menarke.
2. Durasi 48-72 jam.
3. Nyeri kram dan menyerupai nyeri ingin partus.
4. Nyeri pada bagian bawah abdomen dan menjalar ke belakang bahkan ke bagian paha dalam.
5. Tidak ada keluhan yang berkaitan dengan kelainan panggul.

Dismenore sekunder memiliki ciri khas berikut (Karim, 2013) :

1. Onset pada usia 20-30 tahun tanpa adanya keluhan di awal menarche.
2. Perdarahan berlebihan dan iregular.
3. Kelainan patologis panggul ketika pemeriksaan fisik.
4. Infertilitas
5. Dispareuni.

6. Vaginal discharge.

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

#### **2.1.8.1 Farmakologi**

NSAID adalah terapi awal yang sering digunakan untuk dismenore. NSAID mempunyai efek analgetika yang secara langsung menghambat sintesis prostaglandin dan menekan jumlah darah haid yang keluar. Seperti diketahui sintesis prostaglandin diatur oleh dua isoform siklooksigenase (COX) yang berbeda, yaitu COX-1 dan COX-2. Sebagian besar NSAID bekerja menghambat COX-2 (Sarwono,2011). Obat antiinflamasi nonsteroid / NSAID Bekerja dengan cara mencegah ovulasi dan pertumbuhan jaringan endometrium sehingga mengurangi jumlah darah haid dan sekresi prostaglandin serta kram uterus. Penggunaan pil kontrasepsi kombinasi sangat efektif untuk mengatasi dismenore dan sekaligus akan membuat siklus haid teratur. Progestin dapat juga dipakai untuk pengobatan dismenore, misalnya medroksi progesteron asetat (MPA) 5 mg atau didrogestron 2x10mg mulai haid hari ke-5 sampai 25. Bila penggunaan obat tersebut gagal mengatasi nyeri haid sebaiknya dipertimbangkan untuk mencari penyebab dismenore sekunder ( Sarwono,2011). Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist dan Androgen, efek penurunan estrogen yang dimiliki obat ini menyebabkan atrofi dari endometrium dan penurunan kadar prostaglandin (J.O.Schorge, 2008).

#### **2.2.8.1 Non-Farmakologi**

1. Pembedahan

Histerektomi sangat efektif dalam mengobati dismenore, tetapi dapat menyebabkan gangguan pada fertilitas seseorang di masa yang akan datang (J.O.Schorge, 2008).

## 2. Pengobatan alternatif

- a. Peningkatan masukan makanan seperti serat, kalsium, sayur-sayuran, buah - buahan.
- b. Mengurangi konsumsi seperti kafein, garam dan gula yang berlebihan.
- c. Berhenti merokok dan konsumsi alkohol.
- d. Mengonsumsi suplemen tambahan seperti multi-vitamin yang banyak mengandung magnesium, vitamin E dan vitamin B6 serta tingkatan konsumsi fish-oil. Magnesium dikatakan memiliki efek vasodilatasi dan menghambat sintesis dari prostaglandin sehingga dapat mengurangi keluhan nyeri pasien dismenore (J.O.Schorge, 2008).

## 2.2 Paritas

### 2.2.1 Pengertian Paritas

Kata paritas berasal dari bahasa Latin, pario, yang berarti menghasilkan. Secara umum, paritas didefinisikan sebagai keadaan melahirkan anak baik hidup ataupun mati, tetapi bukan aborsi, tanpa melihat jumlah anaknya. Dengan demikian, kelahiran kembar hanya dihitung sebagai satu kali paritas (Stedman, 2007).

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (2002) paritas adalah Pengalaman melahirkan keadaan wanita berkaitan dengan jumlah anak yang di lahirkan, semakin banyak paritas maka semakin banyak pula pengalaman tentang melahirkan. Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2010).

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dipunyai oleh seorang wanita (BKKBN, 2010). Menurut Prawirohardjo (2009), paritas dapat dibedakan menjadi primipara, multipara dan grandemultipara. Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu) (JHPIEGO, 2008).



Sedangkan menurut Manuaba (2008), paritas adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm.

### 2.2.2 Pembagian Paritas

Menurut Bobak (2012), mendefinisikan paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin hidup, bukan jumlah janin yang dilahirkan. Janin yang lahir hidup atau mati setelah viabilitas dicapai mempengaruhi paritas. Pembagian paritas berdasarkan jumlah kehamilan yang dialami, yaitu:

#### 1. Nulipara

Seorang wanita yang belum pernah menjalani kehamilan sampai janin mencapai tahap viabilitas. Nullipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan dengan usia kehamilan lebih dari 28 minggu atau belum pernah melahirkan janin yang mampu hidup diluar rahim (Manuaba, 2008).

#### 2. Primipara

Seorang wanita yang sudah menjalani kehamilan sampai janin mencapai viabilitas. Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak, yang cukup besar untuk hidup di dunia luar (Varney, 2012)

#### 3. Multipara

Seorang wanita yang sudah menjalani dua atau lebih kehamilan dan menghasilkan janin sampai tahap viabilitas. Multipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak lebih dari satu kali (Prawirohardjo, 2009). Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi viabel (hidup) beberapa kali (Manuaba, 2008). Multigravida adalah wanita yang sudah hamil, dua kali atau lebih (Varney, 2012)

#### 4. Grandemultipara

Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih dan biasanya mengalami penyulit dalam kehamilan dan persalinan (Manuaba, 2008). Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih hidup atau mati (Rustam, 2010). Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih (Varney, 2012).

#### 2.2.3 Pengaruh Paritas Terhadap Kehamilan

Wanita dengan paritas tinggi merupakan faktor resiko dari anemia pada kehamilan, diabetes melitus (DM), hipertensi, malpresentasi, plasenta previa, ruptur uterus, berat bayi lahir rendah (BBLR), bayi prematur bahkan dapat menyebabkan kematian pada anak (Nicholson et al., 2012; Agrawal et al., 2011). Adapun beberapa pengaruh paritas terhadap kehamilan, yaitu:

##### 1. Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Wiknjastro, 2013). Abortus meningkat dengan bertambahnya paritas. Frekuensi abortus akan meningkat bersamaan dengan meningkatnya angka graviditas (Shaheen dan Akhtar, 2014).

##### 2. Partus prematur

Kelahiran prematur didefinisikan sebagai kelahiran yang terjadi sebelum 37 minggu selesai. Kelahiran prematur merupakan masalah kesehatan di seluruh dunia baik di negara maju maupun di negara yang berkembang (Beck et al., 2010). Ibu yang mempunyai paritas tinggi memiliki resiko melahirkan bayi prematur (Shaikh et al., 2011).

### 3. Perdarahan postpartum

Wanita dengan paritas yang tinggi menghadapi perdarahan akibat atonia uteri yang semakin meningkat sehingga dapat menyebabkan perdarahan postpartum dini (Cunningham et al., 2013; Agrawal et al., 2011).

### 4. Multiparitas

Ditinjau dari sudut perdarahan postpartum dapat mengakibatkan kematian maternal. Primiparitas dan multiparitas mempunyai angka kejadian perdarahan postpartum lebih tinggi. Lebih tinggi paritas maka lebih tinggi kematian maternal. Resiko pada primiparitas dapat ditangani dengan asuhan obstetrik yang lebih baik, sedangkan resiko pada multiparitas dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada multiparitas adalah tidak direncanakan (Wiknjosastro, 2013).

Multiparitas beresiko dalam kejadian perdarahan postpartum dikarenakan oleh otot uterus yang sering diregangkan sehingga dindingnya menipis dan kontraksinya menjadi lemah. Hal ini mengakibatkan kejadian perdarahan postpartum menjadi 4 kali lebih besar pada multiparitas dimana insidennya adalah 2,7% (Niswati et al., 2012).

## 2.3 Wanita Usia Subur

### 2.3.1 Pengertian Wanita Usia Subur

Wanita usia subur (WUS) adalah wanitayang keadaan organ reproduksinya berfungsi dengan baik antara umur 20 – 45 tahun. Pada wanita usia subur ini berlangsung lebih cepat dari pada pria. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun. Pada usia ini wanita memiliki kesempatan 95% untuk hamil. Pada usia 30-an tahun prosentasenya menurun hingga 90%. Sedangkan memasuki usia 40 tahun,

kesempatan hamil berkurang hingga menjadi 40%. Setelah usis 40 tahun, wanita hanya punya maksimal 10% kesempatan hamil. Masalah kesuburan alat reproduksi merupakan hal yang sangat penting untuk diketahui (Suparyanto, 2011).

### 2.3.2 Kejadian dalam Masa Subur

Gejala menstruasi atau haid merupakan peristiwa penting pada masa pubertas yang menjadi pertanda biologis dari kematangan seksual dimana benar-benar telah siap secara biologis menjalani fungsi kewanitaan. Timbulnya bermacam-macam peristiwa yaitu : reaksi hormonal, reaksi biologis, reaksi psikis dan berlangsung *siklis/Cyclis* dan terjadi pengulangan secara periodik peristiwa menstruasi. Semua ini berproses pada suasana hati yang normal (Zein & Suryani, 2010). Wanita dewasa yang sehat dan tidak hamil setiap bulannya secara teratur mengeluarkan darah dari alat kandungannya. Kejadian ini disebut menstruasi atau haid.

Adapun siklus menstruasi sendiri menurut (Prawiroharjo, 2009), dibedakan menjadi 3 masa, yaitu :

1. Masa haid, selama dua sampai delapan hari. Pada waktu itu endometrium dilepas, sedangkan pengeluaran hormon-hormon ovarium paling rendah (minimum)
2. Masa *Proliferasi*, sampai hari keempat belas. Pada waktu itu endometrium tumbuh kembali, disebut juga endometrium mengadakan poliferasi. Antara hari kedua belas dan keempat belas dapat terjadi pelepasan ovum dari ovarium yang disebut ovulasi.
3. Masa sekresi, hari ke-14 sampai ke-28. Masa-masa sesudah ovulasi yang berlangsung hari ke-14 sampai hari ke-28 pada masa ini korpus rubrum menjadi korpus luteum yang mengeluarkan progesteron. Masa ini untuk mempersiapkan endometrium menerima telur yang dibuahi.

## 2.4 Hubungan Paritas Dengan Kejadian Disminore

Perempuan yang hamil biasanya terjadi alergi yang berhubungan mengalami penurunan, serta menyebabkan leher rahim melebar sehingga sensasi nyeri haid berkurang bahkan hilang. Oleh sebab itu semakin sering seorang perempuan melahirkan atau semakin sering seorang perempuan mengalami kehamilan, maka semakin kecil resiko dismenore terjadi padanya (Tangchai, 2009).

Beberapa faktor telah dihubungkan dengan penyebab terjadinya dismenore termasuk merokok, depresi, paritas dan indeks massa tubuh (BMI). Selain itu, dismenore dapat meningkat karena berbagai faktor seperti Usia < 20 tahun, Berat badan yang menurun drastis, Depresi/cemas, Menstruasi berat, Nulipara, Merokok (Linda French, 2011).